FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965.

N° 175

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Claude GROSSE

né le 25 février 1932 à Courtrai (Belgique)

Interne des Hôpitaux de la Région de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA LITHIASE DU CHOLEDOQUE DE L'ENFANT.

Président : M. FEVRE, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965. N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Claude GROSSE

né le 25 février 1932 à Courtrai (Belgique)

Interne des Hôpitaux de la Région de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA LITHIASE DU CHOLEDOQUE DE L'ENFANT.

Président : M. FEVRE, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
LEIDEN

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÉZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bacteriologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534924_0025

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

avec mon affectueuse reconnaissance

A MA SOEUR

A Notre Président de thèse

Monsieur le Professeur M. FEVRE

Chirurgien des Hôpitaux.
Professeur de clinique du Chirurgie infantile
Membre de l'académie Nationale de Médecine
Commandeur de la légion d'honneur.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A mon Maitre Monsieur le Professeur J.M. COLDEFY

Il m'a initié avec rigueur aux premiers principes de la chirurgie. En témoignage de ma reconnaissance.

A mon Maitre Monsieur le Docteur F. LAZARD.

En remerciement de son enseignement et de sa constante sollicitude.

A mon Maitre Monsieur le Professeur A. GERMAIN

Son enseignement extrêmement riche et vivant, son souci de la perfection ont été pour moi un sujet constant d'admiration.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon Maitre Monsieur le Docteur P. LARGET

Son enseignement m'a été très précieux au cours de ma dernière année d'internat.

En témoignage de mon respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur BONNETTE

Il a bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse

En remerciement de ses conseils.

A mon Ami le Docteur A. MIRABEL

En remerciement de son amicale coopération.

A mes Collègues et Amis de la région de Paris.

A mes Maitres d'Externat

Monsieur le Professeur P. MOULONGUET
J. LOYGUES
J.M. VERNE
J. MICHON
A. DUFOUR

Monsieur le Docteur J. HEWITT
J.J. MEYER
P. DESVIGNES
A. JACQUELIN
A. MEYER
R.A. SCHWOB

A mes Maitres d'Internat de la Région de Paris

Monsieur le Professeur J.M. COLDEFY

Docteur O. FOURCADE
M. BRUNET
F. LAZARD
R. CHARPIN

Professeur A. GERMAIN

Docteur M. COURTOIS SUFFIT
J. ARNAVIELHE
P. DELFORGES
J. DESPRETZ

Mme R. MASSIANI
J. DUPUIS
J. GUILLET

Monsieur le Docteur P. LARGET
A. MIRABEL
J.P. LAMARE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA LITHIASE DU CHOLEDOQUE

DE L'ENFANT

La lithiase biliaire de l'enfant demeure une curiosité. Depuis le cas princeps, publié par GIBBSON en 1722, plusieurs travaux importants ont été consacrés à cette affection : Ulin et Nosal aux Etats Unis et plus récemment les auteurs Français, ont mis l'accent sur leur fréquence relative et la difficulté de leur diagnostic.

Mais toutes les observations rapportées par ces auteurs soulignent la grande rareté des lithiases cholédociennes de l'enfant qui, jusqu'à ces dernières années, n'étaient bien souvent, qu'une découverte d'autopsie.

Nous retiendrons ici, la classification des lithiases biliaires telle qu'elle fut exposée par le Pr. FEVRE à l'Académie de Chirurgie en janvier 1964 :

" Il existe, chez l'enfant, 3 grandes catégories de lithiases biliaires

1° - Les lithiases des maladies hémolytiques, les plus fréquentes.

2° - Les lithiases foetales congénitales qui peuvent paver de calculs, toutes les voies biliaires et sont en règle, incompatibles avec la vie.

3° - Les lithiases analogues à celles de l'adulte, du moins en apparence. Toutefois soulignons la fréquence relativement élevée des lithiases vésiculaires par rapport aux très rares lithiases de la voie biliaire principale ".

Nous envisagerons essentiellement les lithiases cholédociennes entrant dans le cadre de cette dernière catégorie, à l'occasion d'une observation d'un enfant de 10 ans, admis dans le service de chirurgie du Dr LARGET, et, à la lumière des 14 cas publiés dans la littérature, nous tenterons d'analyser les principaux caractères des lithiases du cholédoque des enfants de moins de 16 ans.

Voici notre observation :

L'enfant N..... Jacques, 10 ans, est adressé par son médecin traitant dans le service de pédiatrie de l'hôpital de St. Germain en Laye (Dr. BONNETTE) le 18 Novembre 1964 pour un ictère douloureux et fébrile.

L'ictère, apparu trois semaines plus tôt, était modéré accompagné d'urines très foncées, d'une décoloration des selles, avait fait porter le diagnostic d'hépatite, d'autant qu'il existait une notion de contage, l'un de ses camarades d'école étant en cours de traitement pour une telle affection.

L'étude des antécédents personnels et familiaux ne met en évidence aucune notion de lithiases biliaires, aucun signe de maladie hémolytique.

Au cours de sa seconde année, il présente à plusieurs reprises des vomissements bilieux importants, qui, toutefois, cédèrent à une thérapeutique mineure; et jusqu'en janvier 1964, il ne présente plus aucun trouble digestif notable.
Il contracta trois maladies infectieuses, rougeolle, varicelle, oreillons et un taeniasis en 1960. Il subit les vaccinations légales mais non celle de la fièvre typhoïde.

En janvier 1964, apparaissent des accès douloureux de la fosse iliaque droite et de l'hypochondre droit, accompagnés de vomissements alimentaires puis bilieux abondants, mais sans fièvre ni modification de teinte des urines et des selles. Ces troubles persistent trois à quatre jours et une période d'accalmie complète, plus ou moins longue, les sépare de l'accès suivant.

En juillet 1964, devant la persistance de ces signes, et après une période d'observation de plusieurs mois, une appendicectomie est pratiquée pour une appendicite d'allure subaiguë. Les suites opératoires immédiates sont simples mais le mois suivant, l'enfant présente à nouveau deux accès douloureux de l'hypochondre droit, accompagnés cette fois encore de vomissements bilieux remarquables par leur abondance.

En octobre, une nouvelle crise se manifeste, les douleurs abdominales sont particulièrement vives, les vomissements abondants, mais l'abdomen reste souple, on ne note aucune modification de coloration des urines ou des selles. Par contre, pour la première fois, il faut mentionner une hyperthermie à 38°6 durant 24 heures. 4 jours plus tard apparait un ictère généralisé , qui fait porter le diagnostic d'ictère par hépatite.

Sous l'action du traitement cortisonique, une amélioration clinique se dessine rapidement. Tous les signes s'estompent en quelques jours et le 6 novembre les pigments biliaires ont disparu des urines.

Cette rémission sera brève puisque 5 jours plus tard réapparaissent :

- des douleurs sous costales droites
- une poussée fébrile à 39°
- une cholurie nette sans ictère tégumentaire.

Les examens biologiques entrepris montrent :

- une hyperleucocytose à 12400 G.B. avec 71 % de polynucléaires neutrophiles
- aucune anomalie de la série érythrocytaire,

des tests de floculation normaux :

. Mac Lagan 3 U.V.
. Kunkel zinc 21 U.V.
. Gros 3,8 ml.

- culot urinaire normal.

Le 17 Novembre une nouvelle poussée ictérique, fébrile et douloureuse conduit à l'hospitalisation.

Nous voyons à ce moment l'enfant pour la première fois. Il est pâle, fatigué, amaigri et présente un ictère franc généralisé. L'examen clinique met en évidence un abdomen parfaitement souple mais douloureux dans la région épigastrique et sous costale droite. Le foie parait de volume normal, la vésicule n'est pas

palpable, la rate non perçue. Un examen général ne révèle aucun autre signe pathologique.

Une radiographie sans préparation de l'abdomen et de l'hypochondre droit ne montre aucune opacité anormale.

Examen de laboratoire :

- hémoculture négative
- aucune anémie
- aucun signe de maladie hémolytique
- Bilirubinémie à 180 mg. essentiellement directe.

Mais :

- l'hyperleucocytose s'est accentuée ; 28000 polynucléaires avec 87 % d'éléments neutrophiles.

Les épreuves fonctionnelles hépatiques sont peu perturbées:

- Les tests de floculation restent normaux
- Cholestérol total 1,60 gr avec abaissement du rapport E/T = 0,37
- Cependant qu'il existe une augmentation du taux de transaminases sériques
- Taux de prothrombine = 65 %

L'évolution clinique et les épreuves hépatiques ne sont guère en faveur d'une hépatite, et devant ce tableau d'angiocholite se pose le problème d'un drainage chirurgical, en urgence, des voies biliaires. Finalement le traitement anti-inflammatoire associé à un traitement antibiotique intense est poursuivi et une nouvelle rémission s'amorce rapidement.

En quelques jours tous les signes ont disparu et le 5 décembre soit dix jours environ après la disparition de l'ictère on pratique une cholecystographie par voie orale (Dr. CRAQUELIN) qui montre :

- en regard de l'apophyse transverse de L_2 une image lithiasique qui semble située à la partie basse du cholédoque.

La voie biliaire principale est très dilatée jusqu'aux canaux intra-hépatiques bien individualisés. Aucune opacité ne se projette au niveau de la vésicule mais la voie biliaire accessoire semble participer à la dilatation générale.

L'enfant est transféré en chirurgie le 7 décembre 1964. L'examen clinique est alors très pauvre, seul persiste un endolorissement vague de l'hypochondre droit. L'enfant est maintenu sous anti-spasmodiques jusqu'à l'intervention fixée au 14 décembre.

La veille de l'intervention, une crise douloureuse particulièrement violente se déclare dans la soirée, accompagnée de vomissements abondants et de diarrhée. L'enfant est pâle, agité couvert de sueurs, la température est à 37°2, le pouls et la tension restent normaux. Une amylasémie pratiquée en urgence atteint 256 U.W et l'amylasurie 1024 U.W.

Ce tableau s'estompe durant la nuit et le lendemain matin la température atteint 38°, on constate un subictère conjonctival. L'amylasémie est à nouveau normale ainsi que la glycémie.

Il semble donc s'agir d'une nouvelle poussée d'angiocholite peut-être associée à une pancréatite et l'intervention est entreprise.

Compte-rendu opératoire du 14 décembre 1964 Dr. MIRABEL et GROSSE :

Calcul du bas cholédoque-Laparotomie exploratrice.
Duodénotomie - cholangiographie.
Médiane sus-ombilicale. Vésicule plate à parois souples ne contenant pas de calculs.
Pancréas, estomac et rate normaux. Le pédicule hépatique n'est pas infiltré.
Etant donné le siège du calcul et le caractère apparemment sain de la vésicule, on se porte sur le bas cholédoque.
Duodénotomie longitudinale. La papille est facilement retrouvée.
Cathétérisme aisé de la papille qui se laisse dilatée par une pince de Bengolea puis de Mirizzi. On ne trouve aucun obstacle.

La pince remonte aisément jusqu'au canal hépatique commun. Issue de bile louche dont on effectue un prélèvement aux fins d'analyse bactériologique.
Cholangiographie par une sonde de Pédinielli introduite par la papille. Aucun obstacle de la voie biliaire principale qui demeure nettement dilatée. Le cystique s'injecte également.
Irrigation au sérum de la voie biliaire principale qui ne ramene aucune boue ni calculin.
Fermeture de la duodénotomie en un plan extra-muqueux.
Drainage par une lame de caoutchouc dans le décollement duodéno-pancréatique. Paroi.

Les suites opératoires sont simples.La reprise du transit s'effectue à la 48ème heure avec une selle normale le troisième jour. Le 4ème jour le calcul est retrouvé par tamisage des selles.

Il s'agit d'un calcul noirâtre, olivaire, extrêmement friable faiblement opaque aux rayons X. La radiographie du calcul isolé montre un noyau central dense entouré d'une mince couche périphérique plus claire, cette image est en tous points superposable à celle du calcul visible sur la cholangiographie pré-opératoire. Le calcul est constitué de pigments biliaires et de cholestérol.

L'enfant est gardé dans le service jusqu'au 17 janvier et sort en parfaite santé.

L'enfant a été revu le 11 février 1965. Son état de santé est entièrement satisfaisant. On ne note aucune nouvelle crise douloureuse et un gain de poids de 4 kg a été enregistré.

Cholangiographie du 18.2.65

La vésicule présente une morphologie normale. Son évacuation se fait dans des délais normaux et de façon satisfaisante. Par contre il persiste une augmentation de calibre du cholédoque qui parait cependant moins volumineux que sur les clichés pré-opératoires.

-=-=-=-=-

E T U D E B I B L I O G R P H I Q U E

En se référant à la classification des lithiases biliaires de l'enfant donnée par le Pr. FEVRE nous ne retiendrons pas :

Les lithiases foetales congénitales :

Tel le cas de M. GOLZCZYK 1959

Ictère par rétention chez un nouveau-né au cours de la 3ème semaine. Décès à la 6ème semaine. A l'autopsie présence de calculs vésiculaires et cholédociens.

Tel le cas d'un enfant de 3 mois décrit par COSTA V.

en 1958. Où s'associait à une lithiase cholédocienne une agénésie vésiculaire.

Tel encore les cas rapportés par POTTER et STILL

où l'autopsie permit de vérifier la présence d'une lithiase cholédocienne.

Les lithiases cholédociennes des maladies hémolytiques

Celles-ci provoquent le plus souvent des calculs vésiculaires et l'étude de POTTER en 1938 ne mentionnait que 2 lithiases cholédociennes d'origine hémolytique sur les 17 cas rapportés.
Leur traitement est autant celui de l'hémolyse que celui de la lithiase.

Nous étudierons donc essentiellement la lithiase cholédocienne en apparence primitive, isolée, ou associée à une lithiase vésiculaire chez les sujets de moins de 16 ans.

C'est A. POTTER qui le premier en 1928 put réunir l'ensemble des cas de lithiases du cholédoque chez l'enfant et sur les 226 lithiases biliaires qu'il a rassemblées, 13 cas seulement comportent une lithiase cholédocienne. En 1938 sur 228 cas étudiés, 4 sujets présentaient un obstacle de la voie principale. En fait, sur les 17 cas mentionnés par P. POTTER , 4 d'entre eux seulement entraient dans le cadre des lithiases foetales congénitales.

Enfin ULIN et NOSAL en 1951, reprennent cette étude à l'occasion d'un cas personnel. PRATT et SAUER, la même année, apportent 14 cas supplémentaire dont 12 lithiases foetales.

Ainsi peut-on relever dans la littérature 10 cas de lithiase cholédocienne si l'on excepte les découverte d'autopsie signalées par STILL. POTTER.

Nous résumerons ces 10 observations :

OBSERVATION N° 1 - BIGGS T.J. 1936

Fille 13 ans, présentant des douleurs de l'hypochondre droit avec vomissements, suivies d'un ictère franc apyrétique. A noter un épisode semblable à l'âge de 7 ans.
Intervention : Volumineux hydrocholécyste (500 cc.) dilatation du cholédoque. Calcul énorme 3.75 cm. x 2 cm) extrait par cholédocotomie. Cholécystotomie et drainage vésiculaire.

OBSERVATION N° 2 - ULIN et NOSAL 1951

Fille de 13 ans. Douleurs abdominale avec vomissements Ictère du type rétentionnel quleques jours plus tard. Lithiase vésiculaire spontanément visible.
Intervention : 2 calculs du cholédoque extraits par cholédocotomie. Cholécystectomie. Suites simples.

OBSERVATION N° 3 - PRATT et SAUER 1951

Fille de 16 ans. Accès douloureux et ictère à 2 ans 8 accès de 2 à 6 ans. 11 ans : colique hépatique, ictère et splénomégalie. 16 ans accès douloureux répétés sans fièvre ni ictère. Vésicule normale à la radio.

Intervention : Vésicule saine. Rate normale. Cholédoque dilaté. Calcul du cholédoque extrait par cholédocotomie. Cholécystectomie. Drainage de la voie biliaire principale . Suites simples.

OBSERVATION N° 4 - OLSEN 1956

Fille de 13 ans.Douleurs très vives de l'hypochondre droit et ictère attribué à un obstacle mécanique.

Intervention : Cholécystectomie pour lithiase. Extraction d'un calcul cholédocien par cholédocotomie. Suites banales.

OBSERVATION N° 5 - GEDEON 1959

Garçon de 12 ans. Douleurs très vives de l'hypochondre droit sans fièvre ni ictère. Vésicule tendue et palpable. Appendicectomie 6 mois auparavant. Vésicule exclue lors d'un examen radiologique antérieur. L'intensité des signes abdominaux conduit à une intervention d'urgence.

Intervention : Vésicule énorme, blanchâtre, distendue. Cholédoque dilaté, rate normale. Absence de lithiase vésiculaire vérifiée après ponction. La cholangiographie objective un calcul de bas cholédoque. Extraction du calcul par cholédocotomie. La vésicule est respectée.

OBSERVATION N° 6 - INGERLANS 1962

Fille de 12 ans.Présentant des douleurs abdominales à type de coliques hépatiques depuis 5 ans. Pas d'ictère. Vésicule radiologiquement exclue.

Intervention : Lithiase vésiculaire (40 calculs) avec cholécystique chronique. La cholangiographie objective la présence de 3 calculs cholédociens et un calcul de l'hépatique gauche extraits par cholédocotomie. Etude bactériologique de la bile négative. Suites simples.

OBSERVATION N° 7 - SALMON rapportée par INGELRANS

Garçon de 15 ans opéré en urgence pour syndrome abdominal aigu avec fièvre à 40°. Découverte d'une cholécystite aiguë calculeuse. Cholécystectomie. La voie biliaire principale parait normale. Une fistule biliaire post-opératoire amène à pratiquer une cholangiographie par la fistule objectivant un calcul cholédocien.

OBSERVATION N° 8 - MOUCHET 1964

Garçon de 16 ans. Trois crises douloureuses fébriles et ictériques depuis 1 an.
Sur les radiographies, un calcul se projette sur la 1ère costiforme.
Intervention : Foie de cholostase, cholédoque énorme, pancréas énorme et dur. La cholangiographie, montre un arrêt net au niveau de la papille. Extraction du calcul par sphincterotomie. Cholecystectomie et anastomose cholédocoduodénale en raison de la pancréatite. Récidive de l'ictère en 1960 et 1962.

OBSERVATION N° 9 - SCHWARTZ M.P. 1961

Fille de 13 ans. Douleurs abdominales isolées depuis 18 mois. Une cholécystographie met en évidence l'existence d'une vésicule très opaque, et d'une image lithiasique à l'extrémité du cystique.

examen radiologique 4 jours plus tard, la persistance

de l'opacification de la voie biliaire accessoire fait conclure à l'existence d'une bile calcaire.
L'intervention est refusée par la famille.

L'enfant est revue 7 mois plus tard à l'occasion d'une colique hépatique immédiatement suivie d'un ictère franc généralisé.
L'examen radiologique sans préparation montre une voie biliaire accessoire opacifiée. Un cholédoque très dilaté, l'image calculeuse se projette maintenant, non au niveau du cystique mais à la partie basse du cholédoque.
48 heures plus tard, un nouveau contrôle sans préparation montre un duodénum spontanément visible ;

L'image calculeuse a disparu

La semaine suivante, les voies biliaires ne sont plus visibles sans préparation. Une biligraphie I.V. objective des voies biliaires accessoire et principale, absolument normales.

OBSERVATION N° 10 - FEVRE M BOCAGE p. GAY B. 1963

Garçon de 11 ans. Troubles digestifs importants avec vomissements bilieux abondants.
Une cholécystographie met en évidence un calcul enclavé du cystique.
Intervention : Vésicule d'aspect sain. Pas de calcul perçu dans la vésicule ni dans le cystique. Une cholangiographie montre que le calcul a migré dans la partie basse du cholédoque. Extraction par une incision sus-vaterienne après duodénotomie. Biliculture = négative. Suites favorables.

-=-=-=-=-=-

En analysant les différents éléments cliniques, biologiques et thérapeutiques, des 10 observations citées et de celle que nous présentons, certains caractères méritent d'être discutés.

L'AGE : c'est essentiellement entre 10 et 15 ans, qu'ont été découverts des calculs cholédociens chez l'enfant. Deux d'entre eux ont présenté les premiers troubles avant 9 ans. Tous les autres avaient plus de 10 ans, les plus âgés ayant été opérés à 16 ans (PRATT MOUCHET).

Le SEXE : Si la prédominance du sexe féminin avait été nettement démontrée par les observations mentionnées par POTTER ou ULIN et NOSAL - (60%) qui présentaient surtout des cas de lithiase foetale congénitale,elle ne semble pas s'imposer chez le grand enfant puisque nous trouvons, sur les 11 cas envisagés : 6 filles et 5 garçons.

Le diagnostic clinique : Il demeure difficile à poser chez l'enfant, d'une part en raison de la rareté de cette affection, d'autre part du fait de l'inconstance des principaux signes qu'il est habituel de retrouver chez l'adulte. Le temps écoulé pour parvenir au diagnostic dans la plupart des cas, en témoigne : il est au minimum de quelques mois (MOUCHET) mais peut atteindre plusieurs années (INGELRANS = 5 ans. PRATT = 14 ans), à moins que l'intensité des signes abdominaux n'ait conduit à une intervention d'urgence. (GEDEON).

Principaux signes cliniques :

Les douleurs:Elles constituent le signe le plus constant puisque nous les trouvons dans 10 cas. Il s'agit de douleurs abdominales, rarement diffuses, le plus souvent localisées à l'épigastre ou à l'hypochondre droit.

Elles irradient très souvent vers la région scapulaire ou dorsale haute.
Caractérisées par leur acuité, elles font volontiers parler de coliques hépatiques. (INGERLRANS - ULIN et NOSAL).

Les vomissements : Ils sont présents dans 9 observations. Rarement alimentaires, le plus souvent bilieux, ils accompagnent chaque épisode douloureux et sont remarquables par leur grande abondance

L'ictère : Les formes ictériques demeurent les plus fréquentes, 7 cas sur 11. Cet ictère apparait soit d'emblée, dès les premières crises douloureuses (ULIN - OLSEN - MOUCHET), soit après un temps plus ou moins long d'évolution. (7 mois pour SCHWARTZ, 8 mois dans notre observation).
Il peut même n'apparaître que lors d'un seul épisode douloureux et ne pas se renouveler malgré la persistance de l'obstacle cholédocien.
Il s'agit en général d'un ictère franc avec cholurie et cholalurie importante mais la décoloration des selles est souvent incomplète.

La Fièvre : c'est l'élément le moins constant, mentionné seulement dans 3 observations.
soit en plateau à 40° (SALMON) mais il existait ici une cholécystite aiguë avec signes de péritonite par diffusion.
soit évoluant par accès avec frissons (2 cas) précédant de peu une poussée ictérique et dans ce cas beaucoup plus significative mais plusieurs formes ictériques ont évolué

sans aucune poussée thermique, comme le montre le tableau suivant :

	Forme ictérique	Forme anicterique
FIEVRE	2 cas	1 cas
APYREXIE	5 cas	3 cas

Ainsi, l'existence de douleurs abdominales et plus particulièrement de l'hypochondre droit, accompagnées de vomissements bilieux abondants, doivent faire penser à la possibilité d'une lithiase cholédocienne, même en l'absence d'ictère ou de fièvre.

L'examen radiologique :

Sans préparation permet parfois de visualiser des calculs vésiculaires (ULIN - MOUCHET - SCHWARTZ) et d'attirer l'attention sur les voies biliaires.

La cholecystographie orale

peut cerner le problème en montrant une exclusion vésiculaire (INGERLANS) ou affirmer d'emblée le diagnostic en montrant une image directe de calcul cholédocien (2 CAS)

Néanmoins un aspect normal de la voie biliaire accessoire ne permet pas d'infirmer une lithiase cholédocienne.

Ainsi le diagnostic de calcul du cholédoque chez l'enfant reste-t-il très difficile. Il pourra se poser dans des conditions très diverses :

Tantôt en présence d'un syndrome abdominal aigu où seront discutées :

- une appendicite aiguë iliaque ou sous hépatique
- une cholécystite aiguë soit lithiasique, soit thyphique scarlatineuse ou vermineuse
  mais elle imposera une exploration radiologique et manométrique de la voie biliaire principale
- une distension vésiculaire aiguë : compression par adénopathie ou dyskinésie vésiculo-cystique (FEVRE)

Il faudra donc penser à vérifier l'intégrité de la voie biliaire principale et accessoire devant ces syndromes abdominaux si aucune autre cause évidente n'apparait lors de la laparotomie exploratrice.

Tantôt en présence de troubles chroniques

en déhors de tout ictère, l'association de douleurs abdominales et de vomissements fait avant tout penser à une appendicite subaiguë dans la forme sous-hépatique. Une appendicectomie a d'ailleurs été pratiquée dans 2 des cas cités.

ou encore à une cholécystite chronique lithiasique parfois secondaire à une dyskénésie colo vésicale (BARCAT) C'est ici que la cholécystographie prend toute sa valeur.

En présence d'un ictère : l'hépatite ictérigène est évoquée en premier lieu, mais l'intégrité des épreuves fonctionnelles hépatiques, l'évolution clinique doivent faire penser à la possibilité d'un obstacle cholédocien.

Soit encore au cours d'une laparotomie exploratrice

Devant la découverte d'une lithiase vésiculaire, il faudra toujours explorer par la radiomanométrie, la voie biliaire principale, même en l'absence de tout signe clinique d'obstacle cholédocien.

Mais il faut connaître l'existence de lithiase cholédocienne associée à des lésions de cholécystite subaiguë ou chronique non lithiasique, voire totalement isolée, avec une vésicule d'aspect sain.

L ' E T I O L O G I E

La recherche de l'étiologie de ces lithiases cholédociennes de l'enfant pose également des problèmes difficiles.

L'Hémolyse

Connue pour ses complications biliaires, elle n'a cependant pu être incriminée dans les observations citées. Dans un seul cas (GEDEON), la résistance globulaire était à la limite inférieure de la normale.
Cette étiologie avait été particulièrement recherchée chez l'enfant dont nous rapportons l'observation.
Aucun signe n'était en faveur de cette hypothèse :

- absence d'anémie
- bilirubinémie essentiellement directe
- morphologie globulaire normale
- taux des réticulocytes inférieur à 1%
- résistance globulaire normale

et, chez ce sujet O facteur rhésus = négatif

- Test de COOMBS direct = négatif
- Indirect vis à vis de globules O + et de ses propres globules : négatif

Le facteur infectieux

De nombreux auteurs ont insisté sur le rôle que pouvaient jouer les maladies infectieuses, les infections aériennes chroniques.

Leur responsabilité n'est pas démontrée dans les observations étudiées. La culture de la bile, pratiquée dans trois cas, ne mit en évidence aucun germe.

Par contre dans notre observation, la culture de la bile sur gélose au sang, permit le développement d'une Salmonella para typhi B. La lysotypie par les bactériophages de la salmonelle isolée par les méthodes de FELIX et CALLOW a permis de classer ce germe parmi les souches JERSEY (Dr. NICOLLE I.P.)

Le séro-diagnostic de VIDAL et FELIX du 24 décembre donne une agglutination B O au 1/200 et B H au 1/200.

Les infections typhiques et paratyphiques sont connues pour leurs complications biliaires, qu'il s'agisse de cholécystite typhique non lithiasique ou de lithiase vésiculaire, isolée, ou accompagnée de cholécystite. Mais nous n'avons pas trouvé d'autre exemple de calcul du cholédoque isolé au cours d'une telle infection.

Ainsi en l'absence d'hémolyse, nous ne savons pratiquement rien du déséquilibre, qui pourrait chez l'enfant perturber le métabolisme biliaire et entrainer l'apparition de calculs.

La stase demeure certainement l'élément le plus constant mais il reste à trouver l'origine de cette stase.

Anomalies congénitales ou acquises mineures

Si cette origine a pu être formellement démontrée dans les lithiases vésiculaires aucune observation de lithiase cholédocienne n'apporte la preuve d'une malformation.

Le facteur infectieux parait bien inconstant et son rôle ne peut être démontré de façon formelle.

Dyskinésie fonctionnelle dont le point de départ peut-être colo-cystique ou sur l'ODDI ou même sur le duodénum.

Le jeune âge n'est pas un argument contre cette hypothèse, car il existe certainement chez l'enfant des dyskinésies biliaires (BARCAT).

La MIGRATION des calculs biliaires chez l'enfant

C'est une notion récente sur laquelle a insisté en 1963 le Pr. FEVRE. Elle va à l'encontre de la notion classique des anomalies vésiculaires et cystiques, des atrésies infundibulo-cystiques, facteurs de lithiase vésiculaire mais constituant un obstacle à toute migration . Trois exemples illustrent cette notion :

L'Observation n°9 SCHWARTZ

où le refus d'une intervention chirurgicale d'une part, et le fait d'être en présence d'une bile calcaire spontanément opaque aux rayons X, facilitant ainsi la répétition des clichés radiologiques, ont permis de suivre pas à pas la migration d'un calcul.

La première série de clichés, réalisés 18 mois après les premières manifestations douloureuses, montre un calcul à l'extrémité distale du cystique.

7 mois plus tard apparait un ictère et le calcul se projette à la partie basse du cholédoque, qui est maintenant nettement dilaté. Enfin, en 48 heures, le calcul est éliminé, et en quelques jours les voies biliaires ont repris un aspect absolument normal.

On peut toutefois remarquer que le calcul est de fort petite taille et faire des réserves quant à la migration de calculs plus volumineux.

L'Observation n° 10 Pr. FEVRE

donne un exemple de migration d'un calcul plus volumineux " ressemblant tout à fait à un noyau d'olive noire, dont il avait sensiblement la taille " Pr. FEVRE.

Le calcul est visible sur les clichés pré-opératoires au niveau du collet du cystique. Au cours de l'intervention qui n'a pu avoir lieu que 45 jours plus tard, le calcul est retrouvé à la partie basse du cholédoque; alors qu'aucune manifestation clinique particulière n'avait été signalée pendant ces six semaines.

L'observation du jeune N... que nous présentons, apporte une preuve supplémentaire de la possibilité de cette migration.

> Les clichés pré-opératoires montraient formellement l'existence d'un calcul à la partie basse du cholédoque. L'intervention réalisée 9 jours plus tard, ne permet de trouver aucun obstacle. Et le calcul est découvert par tamisage des selles 48 heures après la reprise du transit, Calcul, dont les caractères morphologiques et radiologiques, permettent de l'indentifier avec certitude comme étant le calcul visible au niveau du cholédoque.

Il semble, d'ailleurs, que nous ayons " assisté" au franchissement Oddien, puisque 12 heures avant l'intervention, une crise particulièrement douloureuse, avec vomissements abondants et état de choc, s'était manifestée. Un décalage thermique, une cholurie, et les signes biologiques de pancréatite, avaient fait interpreter cet épisode comme le début d'une nouvelle poussée d'angiocholite.

Ainsi, cette notion de migration de calculs biliaires et en particulier cholédociens, chez l'enfant a pu être mise en évidence dans 3 observations. Et on peut formuler l'hypothèse qu'un certain nombre de calculs cholédociens aient migré avant que les signes cliniques n'aient conduit à un examen rédiologique ou à une intervention exploratrice.

-=-=-=-=-=-

L'observation du jeune N... que nous présentons, apporte une preuve supplémentaire de la possibilité de cette migration.

> Les clichés pré-opératoires montraient formellement l'existence d'un calcul à la partie basse du cholédoque. L'intervention réalisée 9 jours plus tard, ne permet de trouver aucun obstacle. Et le calcul est découvert par tamisage des selles 48 heures après la reprise du transit, Calcul, dont les caractères morphologiques et radiologiques, permettent de l'indentifier avec certitude comme étant le calcul visible au niveau du cholédoque.

Il semble, d'ailleurs, que nous ayons " assisté" au franchissement Oddien, puisque 12 heures avant l'intervention, une crise particulièrement douloureuse, avec vomissements abondants et état de choc, s'était manifestée. Un décalage thermique, une cholurie, et les signes biologiques de pancréatite, avaient fait interpreter cet épisode comme le début d'une nouvelle poussée d'angiocholite.

Ainsi, cette notion de migration de calculs biliaires et en particulier cholédociens, chez l'enfant a pu être mise en évidence dans 3 observations. Et on peut formuler l'hypothèse qu'un certain nombre de calculs cholédociens aient migré avant que les signes cliniques n'aient conduit à un examen rédiologique ou à une intervention exploratrice.

-=-=-=-=-=-

T R A I T E M E N T

Les indications opératoires seront posées dans des circonstances fort différentes selon l'aspect évolutif de cette affection.

Parofis c'est une indication posée en urgence, devant un tableau de cholécystite aiguë avec signes de diffusion ou de dilatation vésiculaire aiguë, ou encore devant un syndrome abdominal aigu d'étiologie imprécise. Une exploration radiomanométrique de la voie biliaire principale est absolument nécessaire devant toute lésion de cholécystite aiguë essentielle ou lithiasique. En sachant qu'un calcul du cholédoque peut parfaitement coexister avec une vésicule apparemment saine.

Dans la majorité des cas, le diagnostic a été porté à la suite d'une période d'observation plus ou moins longue, où se sont succédées des crises douloureuses accompagnées ou non d'ictère ou de fièvre.

La question peut se poser de savoir s'il faut opérer ces formes d'allure subaiguës ou chroniques, en fonction des possibilités de migration spontanée et de la bonne tolérance apparente de ces calculs cholédociens chez l'enfant. En effet, dans plusieurs cas l'évolution s'est échelonnée sur des années, sans qu'il en résultât de complication majeure.

Il semble toutefois logique de maintenir cette indication opératoire. Toutefois un certain délai peut-être accordé que l'on mettra à profit pour instituer un traitement médical :

. repos, diète antispasmodiques et antibiotiques. Un tubage duodénal semble utile chaque fois qu'il est possible.

Enfin si cette période de préparation se prolonge, même en l'absence de toute manifestation clinique bruyante et à fortiori si des accès douloureux violents se manifestent, il faudra prendre la précaution de renouveler si possible l'examen radiologique afin de posséder une preuve récente de la persistance du calcul au niveau du cholédoque.

Les méthodes chirurgicales

Avant tout répétons la necessité d'une exploration radio-manométrique des voies biliaires. Nous devons nous reprocher d'avoir négligé cet examen, qui nous eût permis d'avoir une image plus fonctionnelle du bas cholédoque et de vérifier radiologiquement la disparition du calcul.

Vis à vis de la vésicule la conduite adoptée dans les 11 observacitées, a été différentes selon les lésions anatomiques constatées :

- Cholecystectomie en cas de lithiase vésiculaire (ULIN - OLSEN - INGELRANS)

  Elle fut respectée dans 3 cas

  . Soit devant l'absence de lésion macroscopique
  . Soit devant des lésions mineures (GEDEON)

- Cholecystectomie de principe (PRATT).

Il semble donc logique, en dehors d'altérations évidentes de la paroi vésiculaire où la cholecystectomie ne se discute pas, de commencer par une ponction vésiculaire qui permettra :

- un prélèvement de bile aux fins d'analyse
- de pratiquer une cholangiographie
- de vérifier l'absence de calcul vésiculaire
- d'apprécier par la palpation l'état des parois vésiculaires.

Si les lésions constatées, sont peu importantes, il parait justifié de tenter une conservation de la vésicule chez

l'enfant, d'autant qu'elle fut pratiquée, à plusieurs reprises et avec succès, au cours de lithiase vésiculaire isolée (LANGERON et PREVOST).

Mais naturellment tout essai de conservation d'une vésicule très altérée serait illogique et les cas où la cholécystectomie a été exécutée, montrent qu'elle parait bien supportée chez l'enfant et n'entraine pas de troubles notables (Pr. FEVRE).

L'ablation du calcul

a été réalisée dans la majorité des cas par cholédocotomie sus duodénale. Dans deux observations elle fut insuffisante pour extraire un calcul enclavé les auteurs eurent alors recours soit à une choledocotomie sus vaterienne après duodénotomie (FEVRE) soit à une sphinctérotomie.

Cette choledocotomie fut suivie le plus souvent d'un drainage de la voie biliaire.

Le problème de la sphinctérotomie

elle ne fut indiquée dans aucun cas, mais une étude manométrique ne fut pas réalisée de façon constante. Celle-ci, pratiquée de façon systématique devrait en élargir les indications.

S U I T E S O P E R A T O I R E S.

Les suites immédiates furent simples dans tous les cas étudiés. Malheureusement nous n'avons pratiquement aucun renseignements sur les suites éloignées.

-=-=-=-=-=-

C O N C L U S I O N S

A l'occasion de l'observation d'une lithiase du cholédoque isolée, chez un enfant de 10 ans, nous avons revu la littérature consacrée à ce sujet. La confrontation des divers cas cliniqies nous amène aux conclusions suivantes :

... Comme l'a exposé le Pr. FEVRE, il faut classer les lithiases cholédociennes de l'enfant en trois catégories :

- les lithiases des maladies hémolytiques
- les lithiases foetales congénitales
- les lithiases analogues à celles de l'adulte du moins en apparence. Elles posent les problèmes les plus difficiles.

... Ce type de lithiase constitue une affection rare mais loin d'être exceptionnelle. Nettement moins fréquente que les lithiases foetales ou hémolytiques, elles représentent environ 2,4 % des lithiases biliaires de l'enfant.

... L'âge moyen des enfants au moment de la découverte du calcul est de 14 ans environ. Mais la majorité d'entre eux présentaient des troubles depuis plusieurs mois et souvent plusieurs années.

... Les signes cliniques de la maladie sont inconstants et peu caractéristiques. Insistons toutefois sur :

Les douleurs abdominales : caractérisées par leur intensité, leur siège épigastrique ou sous costal droit.

L'intensité des vomissements bilieux, signe le plus constant.

Ces signes évoluant par accès de quelques jours entrecoupés de périodes d'accalmie complète.
L'inconstante de l'ictère qui apparaît dans un peu plus de la moitié des cas et souvent de façon assez tardive.
La majorité des formes apyrétiques même en présence d'un ictère.

... L'intérêt d'un examen radiologique sans préparation et chaque fois où celle-ci est possible, d'une cholécystographie orale qui pourra mettre en évidence une lithiase cholédocienne ou des signes indirects : lithiase vésiculaire ou exclusion de la vésicule.

... C'est dire la difficulté du diagnostic de ces formes chez l'enfant. Il pourra se poser :

- Soit devant un syndrome abdominal aigu faisant évoquer une cholécystite aiguë, une distension vésiculaire aiguë et surtout une appendicite aiguë dans se forme sous hépatique.
  Il faut alors insister sur la nécessité d'une exploration complète de la voie biliaire si aucune étiologie valable n'est retrouvée au cours de la laparotomie.

- Soit en présence de troubles chroniques faisant évoquer, là encore, le diagnostic d'une appendicite ou d'une cholécystite chronique lithiasique qui peut être secondaire à une dyskinésie colo-vésiculaire.
  Dans tous les cas une exploration radiologique et manométrique de la voie biliaire principale sera nécessaire.

... La difficulté de trouver une étiologie

A côté des hémolyses, ce sont essentiellement les facteurs de stase biliaire qu'il faudra tenter de mettre en évidence :

- Anomalies congénitales ou acquises
- Facteurs infectieux
- Surtout dyskinésies biliaires dont le point de départ peut siègер sur le sphincter d'Oddi ou même sur le duodénum (BARCAT)

... La possibilité de migration spontanée de calculs biliaires, soit par le canal cystique, soit au travers de la papille. De là découle la nécessité d'un examen radiologique immédiatement avant l'intervention.

... Ainsi trois grands caractères séparent ces lithiases cholédociennes de l'enfant de celles de l'adulte :

- leur fréquence moindre par rapport à l'ensemble des lithiases biliaires : . 20% chez l'adulte
  . 2,4 % chez l'enfant
- la fréquence des calculs du cholédoque ne s'accompagnant pas de lésion ni de lithiase vésiculaire.
- la possibilité de migration aboutissant à une élimination spontanée du calcul.

... L'indication opératoire sera posée, soit en urgence soit après une phase d'observation plus ou moins longue pendant laquelle sera institué un traitement médical.

Malgré la bonne tolérance apparente de ces lithiases chez l'enfant et la possibilité de migration spontanée, il semble que l'indication opératoire doive rester une règle absolue.

... La conduite vis-à-vis de la vésicule sera essentiellement fonction des lésions anatomiques constatées. Mais la conservations de la vésicule parait justifiée devant des lésions pariétales minimes.

... L'extraction du calcul se fera généralement par cholédocotomie et l'étude radiologique du bas cholédoque ainsi que l'étude des pressions de passage permettra de poser éventuellement l'indication d'une sphinctérotomie.

De nombreux problèmes restent certes à élucider et on peut espérer que le nombre croissant des publications sur ce sujet permettra de les résoidre dans un avenir proche.

-=-=-=-=-

VU, le Président de Thèse

M. FEVRE

Vu, le Doyen de la Faculté

G. CORDIER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

ULIN A.W. NOSAL J.L. - Cholécystitis in childhood. report of a case with commun duct calculi.
Journal of the American Médical Association 1951-147-1443.

POTTER A. - Gall Bladder disease in young subjects.
Surgery Gynecology. 1928-45-795.

POTTER A. - Biliary disease in young subjects.
Surgery Gynécology 1936-66-604

STILL G. - Biliary calculi in children.
Transactions of the Pathological Societe of London 1898-50-151.

BIGGS T.J. - Cholelithiasis and hydrops of the gall bladder in a child
The Médical Journal of Australia 1936-1-821.

PRATT G. SAUER W. GRAY H. Choledocolithiasis in a girl sixteen years of age.
Gastro-Enterology (Baltimore) 1951 -18 n°2

OLSEN - Calcul du cholédoque chez un enfant.
Nordisk Médicin Stockholm 1956 55 - 89.

COSTA V. - Agenesia da vésicula biliar associada a litiase de coledoco
Anaïs da Faculdade de Medecine na Universidade do RECIFE 1958 - 18 - 323

FEVRE M. BOCAGE P. GAY B. - Archives Françaises de Pédiatrie
1963 20 N° 6 p. 751.

BARCAT J. BOISSIERE H. AUBERT J.P. GATELMAND R.
Les Cholecystites Aiguës de l'enfant.
Presse Médical 1959 - 67 N° 16 p. 645.

MOUCHET A. MARQUAND J. GARCIN J.P. GUIVARC'H M.
Lithiase biliaire de l'enfant et de l'adolescent
Mémoires de l'Académie de Chirurgie 1964 60 n° 1-2-3 p. 55

GEDEON A. - Obstruction lithiasique du cholédoque chez un enfant de 12 ans.
Toulouse Médical 1959 60 n° 4 p. 273.

SCHWARTZ M.P. FEUCHTWANGER M. - Un cas de lithiase biliaire chez un enfant de 13 ans.
Gastro-Enterology (BALTIMORE) 1961 40 N° 6 p. 809

INGELRANS P. LACHERETZ M. St AUBERT P. - La Lithiase biliaire chez l'enfant.
Annales de Chirurgie Infantile 1962 3 N° 4 p. 267

GOLCZYK - Lithiase du cholédoque chez un enfant de 6 semaines
Polski Tygodnik lekarski 1959 14 n° 12 p. 528.

-=-=-=-=-=-

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90